UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928 — N° 428

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

François-Paul-Charles POMERAIS

Né le 15 Août 1902, au Hâvre

Le Dépistage de la Syphilis et de l'Hérédo-Syphilis dans un Service de Maternité

Président : M. VILLARET, Professeur agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

45, rue de Maubeuge

Ateliers à Troyes (Aube)

1928

LE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS UN SERVICE DE MATERNITÉ

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

François-Paul-Charles POMERAIS

Né le 15 Août 1902, au Hâvre

Le Dépistage de la Syphilis et de l'Hérédo-Syphilis dans un Service de Maternité

Président : M. VILLARET, Professeur agrégé.

PARIS
IMPRIMERIE
LES PRESSES MODERNES
45, rue de Maubeuge
Ateliers à Troyes (Aube)
—
1928

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Patgologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicals.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstetricale.

MM.	
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.
LÉRI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ...	Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

(*Travail effectué à la consultation syphiligraphique annexée à la Maternité de l'hôpital de la Charité. Médecin Chef : Dr LEVAUT ; Assistant : Dr GRELLETY BOSVIEL*).

A Monsieur le Professeur Maurice VILLARET,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur F. DÉVÉ,
Professeur de Clinique médical à l'Hôtel-Dieu de Rouen

Qui voulut bien nous accueillir dans son service, en 1922 comme stagiaire et en 1924 comme externe, et auquel nous devons le meilleur de notre formation médicale. En hommage de notre très vive gratitude et de notre attachement très respectueux.

A notre Mère,

A notre Père, le Dr Georges POMERAIS,

Qui nous propose la lourde tâche de le seconder et dont la réputation est faite d'un savoir et d'une probité auxquelles nous nous efforcerons de ne pas faillir.

Hommage de profonde et reconnaissante affection.

A notre Sœur,

A notre Beau-Frère, le Dr GRELLETY-BOSVIEL,
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui nous a inspiré ce travail, hommage de reconnaissance et d'affection.

A notre Famille.

A nos Amis.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Rouen,

M. le Pr F. Dévé, Prof. de clinique méd. à l'Hôtel-Dieu.

M. le Pr Jeanne, Prof. de clinique chirurg. à l'Hôtel-Dieu.
In memoriam.

M. le Dr Samson, Médecin de l'Hospice général.

M. le Pr Longuet, Chirurgien de l'Hospice général.

M. le Pr Halipré, Médecin des Hôpitaux. Directeur de l'Ecole de Médecine.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris,

M. le Dr Hudelo, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

M. le Pr Guillain, Professeur de clinique neurologique à la Salpêtrière.

M. le Pr Teissier, Prof. de clin. des maladies infectieuses à Claude-Bernard.

M. le Pr Couvelaire, Prof. de clin. olot. à la Maternité Baudeloque.

M. le Pr Terrien, Prof. de clinique ophtalm. à l'Hôtel-Dieu.

M. le Pr Sebileau, Prof. de clin. oto-rhino-laryng. à Lariboisière.

M. le Pr Legueu, Prof. de clin. urologique à Necker.

M. le Pr Claude, Prof. de clin. des mal. mentales à Sainte-Anne.

M. le Dr Pruvost, Médecin de la Charité.

M. le Dr Levant, Accoucheur de la Charité.

PRÉLIMINAIRES

Il est nécessaire qu'une coopération très étroite existe entre le chef d'un service de maternité, ou ses élèves, et son assistant de consultation : En effet, à cette consultation viennent se faire examiner et traiter les femmes syphilitiques, qui ont accouché dans le service, et leurs enfants ; et le chef de service ne doit pas seulement adresser à son assistant les femmes, ou les enfants, dont les signes de syphilis sont évidents, mais aussi toutes celles pour lesquelles l'hypothèse d'une syphilis peut être discutée, avec la conséquence sous entendue d'un traitement à établir dans l'affirmative.

Ainsi, une syphilis méconnue de la part de la malade, et fruste dans ses manifestations, sera dépistée, et le traitement approprié évitera à la mère la possibilité d'accidents de grossesse répétés et lui permettra de mettre au monde des enfants sains après des gestations normales.

A cette coopération l'assistant de pédiatrie doit participer aussi en adressant la mère d'un enfant hérédo-syphilitique à son collègue en vue d'un examen et d'un traitement prévenant de pareils accidents dans les grossesses ultérieures, indépendamment du traitement qu'il réclamera pour l'enfant.

De cette façon la lutte contre la polylethalité fœtale et les manifestations syphilitiques des nouveaux-nés sera entreprise dans les meilleures conditions et sur la plus vaste échelle possibles ; réalisant ainsi un des vœux de la confé-

rence de la syphilis héréditaire en 1925 : « Ce dispensaire de maternité, fonctionnant avec la collaboration de l'accoucheur, du syphiligraphe et du pédiatre, doit assumer la continuité de la surveillance et du traitement chez la mère et chez les enfants ». Cette surveillance et ce traitement seront facilités aux services réciproques par le répertoire des fiches individuelles qui pourra renseigner les consultants sur les antécédents pathologiques et les traitements subis antérieurement par les malades ou leur famille.

*
* *

C'est pour dépister ces cas où la syphilis est latente ou bien se manifeste par une symptômatologie fruste ou peu spécifique, qu'il y a lieu de faire rechercher systématiquement les réactions serologiques des femmes enceintes venant à la consultation de la maternité ou entrant dans le service. Cette investigation, qui se faisait déjà de façon systématique dans certains services de dermatologie (Millian), est de plus en plus pratiquée dans les maternités.

Dans certaines, situées dans des quartiers populeux et où les femmes n'entrent dans le service que lorsqu'elles sont déjà en travail, la règle est alors de prélever, en vue de ces examens, le sang qui sort au moment de la section du cordon. Cette pratique est aussi employée dans certains pays étrangers (Klee, Hofmann, Pomini).

En pratique on se contente le plus souvent d'une réaction de Bordet-Wassermann, à laquelle on adjoint souvent (Charité) une réaction de Hecht. Malgré la valeur relative de ces recherches certains cas de syphilis pourront être ainsi dépistés, justifiant alors le bien-fondé de cette méthode, dont la portée sociale est grosse de conséquences.

*
* *

Malheureusement il est des malades qui, par négligence, par incrédulité, ou par fausse pudeur, une fois sorties de la maternité où elles ont été suspectées de syphilis, négligent de revenir à l'hôpital pour se faire examiner et peut-être traiter, en l'absence d'accidents actuels. C'est ici que les infirmières visiteuses peuvent avoir un rôle important, en allant revoir les malades chez elles, et en les persuadant que leur intérêt est de retourner à l'hôpital et à la consultation. Ainsi ces malades éviteront que l'évolution et les conséquences fatales de leurs syphilis ne les mènent, ainsi que les enfants qu'elles pourraient avoir, à quelque nouvel accident.

*
* *

De cette façon, grâce au médecin-chef de service et à ses élèves, grâce à l'assistant du service de pédiatrie, grâce à l'assistant de la consultation de syphiligraphie annexée au service de la maternité, grâce aussi à l'infirmière visiteuse, toutes les femmes et enfants suspects de syphilis seront dépistés, traités, suivis, et les innombrables méfaits d'une maladie aussi polymorphe seront enrayés ou prévenus dans la plus grande mesure possible.

CHAPITRE PREMIER

La syphilis est difficile à dépister aussi bien chez la femme que chez l'enfant, si les investigations ne sont pas conduites d'une façon méthodique. Cette difficulté peut exister même en présence de signes évidents.

§ I. *Femmes atteintes de* Σ'

Au cours de la grossesse l'accident primitif est en général très saillant, très induré, et d'une coloration violacée qu'on a comparée à celle de la pensée. Il dure longtemps, parfois pendant toute la grossesse et se complique souvent de phagedenisme. S'il siège sur les grandes lèvres ou sur le corps, il a donc plus de chances d'être remarqué de la malade qu'en dehors de la grossesse. S'il siège sur le col, le hasard d'un toucher pratiqué à l'occasion de cette grossesse, peut le faire découvrir. Cependant, et étant donnée son indolence, il a des chances de passer inaperçu, soustrayant ainsi la femme à un traitement précoce et la laissant à la merci des accidents secondaires.

Nous n'en possédons pas de cas parmi nos observations.

§ II. *Femmes atteintes de* Σ'

Ici les lésions sont multiples et évidentes, et les manifestations cutanées attirent plus que toutes autres l'attention des malades. De plus les accidents de grossesse si fréquents, et tout particulièrement l'avortement spontané, obligent la

femme à venir à l'hôpital où la syphilis est alors facilement diagnostiquée. Nous résumons ici quatre observations : les deux premières montrent que c'est la fausse-couche qui a conduit la femme à la maternité, malgré des manifestations cliniques antérieures de syphilis. Le traitement précoce a rapidement influencé les réactions humorales. Dans la troisième et la quatrième observations le traitement, quoique tardif pour l'une, a rapidement amélioré les manifestations syphilitiques et a certainement contribué à la naissance d'enfants bien constitués et sans stigmates spécifiques apparents. Malheureusement l'une des malades a été perdue de vue et c'est ici qu'un infirmière visiteuse aurait été utile. L'une de nos malades présentait encore une ulcération indurée sur une grande lèvre, ce qui montre que l'apparition d'accidents de syphilis secondaire chez une femme enceinte ne s'explique pas par une imprégnation fœtale (loi de la syphilis conceptionnelle) mais par une syphilis régulièrement acquise.

Il est a remarquer que deux de nos malades avaient un collier de vénus extrêmement marqué, ce qui est la règle malgré tout et quoique ce cas soit particulièrement moins fréquent chez la femme enceinte, il peut y avoir absence presque totale de manifestations au cours de la période secondaire. Et comme l'examen par la sage-femme se borne le plus souvent au toucher et au palper combinés sans examen de la vulve et sans examen au spéculum, la syphilis peut passer inaperçue et c'est ici qu'un BW obligatoire serait particulièrement opportun.

Mlle Al..., Madeleine, 23 ans, vient pour avortement spontané de 5 mois le 12 mars 1926. En janvier 1926, angine. A l'examen, femme très pâle, collier de Vénus très marqué, et reliquat de roséole. Pas d'adénopathie. BW++++. Dernier ami connu en septembre 1925, qui avait eu des plaques sur la langue. 2 séries de novar, 1 série

de muthanol, et le 3 novembre 1926 BW ————, on continue le traitement et en octobre 1927 BW ————

Mlle Goet.... Emilie, 24 ans, vient pour avortement spontané de 6 mois le 17 août 1927. On constate de l'albuminerie. En juin 1927, aurait eu des plaques muqueuses buccales et vulvaires. Actuellement collier de Vénus extrêmement marqué. Pharyngite. Grosse adénite inguinale. Alopécie en clairière, et chute de la queue du sourcil. Adénopathie de la nuque. Elle a connu son ami en janvier 1927. BW++++ novar, muthanol. En février 28 BW++++ Hecht++++.

Mlle **Nat... Rosalie, 23 ans,** vient consulter pour grossesse de 6 mois. Premières relations il y a un an, suivies d'angine sans fièvre et de grosses adénopathies cervicales. Actuellement plaques muqueuses et œdèmes du pharynx. Polyadenopathies cervicales, roséole très intense, ulcération indurée sur la grande lèvre gauche. Etat général médiocre. BW++++ Hecht++++. Novar muthanol. Amélionation rapide des accidents. Le 13 avril BW——++ Hecht ++++. Le 20 avril accouchement à terme d'un enfant sans stigmates de syphilis à qui ont fait un sulfar. On n'a revu ni la mère, ni l'enfant.

Mme Re...., 25 ans, vient en décembre 1920, enceinte de 3 mois et en pleine roséole. BW++++. Novar et huile grise. Accouchement à terme d'un enfant bien constitué en juillet 1921. Le BW devient alors négatif. Arrêt du traitement en 1924. Céphalées, ponction lombaire négative. On reprend le traitement.

§ III. *Femmes atteintes de syphilis tertiaire*

Ces femmes présentent des signes de Σ'. En outre elles ont eu, ou ont actuellement, des accidents de grossesse. Ces accidents n'ont que la valeur d'un symptôme spécifique, en dehors de toute autre cause, mais ils peuvent amener les malades à un examen au cours duquel on découvrira la maladie causale, ou bien il les décidera, en les alarmant, à se faire traiter avec plus de régularité.

Ainsi le traitement pourra avoir une heureuse influence sur le fruit de conception, même s'il est commencé à une époque tardive. Et les lésions imputables à la syphilis se trouveront améliorées sinon guéries.

Mme Ech...., 37 ans, vient consulter étant enceinte de 6 mois. Elle sait qu'elle est syphilitique depuis 1916. En 1919 elle présente des accidents oculaires traités par le mercure. A l'examen, mouve-

ments fœtaux. Reflexes extrêmement faibles. Argyll positif, diminution de l'acuité visuelle. Aortite. BW++++. Muthanol 3 gr. Accouchement à terme d'un enfant sain en apparence et sans signes de Σ. On soigne l'enfant par frictions et sulfar à la mère. Traitement énergique, sulfar et muthanol. En octobre 26, BW——— Hecht————. Actuellement l'enfant est âgé de 3 ans 1/2, bien portant et n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques. Le 13 novembre 1927, le BW est redevenu ++++.

Mlle Menj..., 43 ans, vertige de Ménière typique. 7 grossesses dont 1 avortement spontané de 2 mois 1/2, 1 enfant prématuré de 7 mois, 1 avortement spontané de 2 mois. BW————. Ponction lombaire négative. Le vertige est très amélioré par le muthanol.

Mlle Mond..., 17 ans, vient consulter le 15 février 1927. En juin 1926 a présenté un chancre suivi de roséole, céphalée, alopécie. BW++++. En janvier 1927, un enfant à terme, mort et macéré. A l'examen faciès pâle. Syphilides à type tertiaire du thorax, des grandes lèvres et de la région anale. Alopécie en clairière. Adénopathies cervicales, novar, muthanol. Régression rapide des accidents.

Mme Ver...., 38 ans, vient consulter le 14 janvier 1925 au 7e mois de sa grossesse. La Σ avait été révélée en 1922 par perforation de la cloison. BW++++ actuellement, muthanol. Accouchement à terme d'un enfant sain apparemment. Placenta normal. N'a pas été revue.

Mme Bec...., 32 ans, vient consulter le 17 octobre 1925. Avortement spontané de 3 mois en juin 1923. Adénopathies cervicales qui ne furent jamais ramollies. En octobre 1925, avortement spontané de 5 mois 1/2. Fœtus mort et macéré. Le BW fut ++++ et on remarqua des ulcérations vulvaires. Actuellement syphilides papuleuses des grandes lèvres. Multiples adénopathies. BW++++. Novar, muthanol et en 4 mois rétrocession des adénopathies. Bauer négatif et BW————. En octobre 1926, accouchement à terme d'un enfant sain. On continue le traitement et en février 1928, accouchement à terme d'un deuxième enfant normal

CHAPITRE II

Femmes envoyées pour accident de grossesse sans signe de Syphilis apparente

Ces cas sont les plus nombreux. L'interrogatoire et l'examen montrent trois catégories différentes.

§ I. *Existence indubitable de syphilis ancienne*

Dans certain cas où il se produit des accidents de grossesse sans signes de syphilis apparents, un interrogatoire serré et minutieux nous apprend que la femme a présenté, il y a plus ou moins longtemps, des signes qui peuvent être indubitablement attribués à la syphilis, soit par leurs caractères propres, soit par leur coexistence, tels que éruption, céphalée, alopécie ; et parfois même on apprendra que la femme a subi un traitement antisyphilitique : la technique des injections et les caractères du sel injecté pourront nous en assurer. Mieux encore on peut découvrir, au moment de l'examen, des stigmates passés inaperçus et reliquats d'anciennes lésions ou même des symptômes de l'activité de la maladie qui auraient pu ne pas lui être attribués. Les réactions serologiques peuvent être positives ou négatives : leur importance est moindre dans ces cas car la conduite à tenir n'est pas sujette à discussion.

Mme Loq...., 35 ans, vient consulter le 24 novembre 1926 au 7e mois de sa grossesse. N'a jamais fait d'avortement spontané et a eu deux grossesses antérieures, la première normale, mais la seconde compliquée d'hydramnios et suivie de la naissance d'un enfant à terme ayant vécu 2 jours. Actuellement grossesse avec hydramnios. Céphalée douteuse. Aucun autre accitent. Le mari avoue être traité pour Σ. Le BW et le Hecht sont positifs chez la femme. Novar et muthanol. Le 29 décembre, petite perte de sang et diminution des mouvements actifs. Cependant le 11 janvier 1927, accouchement à terme, sans interruption du traitement, d'un enfant et placenta normaux.

Mme Lid..., 33 ans, vient consulter le 8 avril 1925. En mars 1925, avortement prématuré de 6 mois d'un fœtus mort et macéré. En 1917, aurait eu de la céphalée pendant 2 mois ; pas de roséole. Elle avoue avoir eu un BW positif et avoir subi un traitement arsenical. BW actuel ++++. Muthanol et novar pendant 2 ans.

Mme Bo..., vient consulter le 8 juillet 1926, enceinte de 7 mois. Aortite Σ. Pas d'autres signes. BW++++ muthanol.

Mme Lecl..., 29 ans. En 1919, accouchement prématuré d'un fœtus de 7 mois. Plaques muqueuses des lèvres et du vagin. BW++++. Soignée à Saint-Louis et disparition complète des accidents après traitement. En 1920, avortement spontané de 4 mois 1/2. Mort du conjoint. Vient consulter enceinte de 4 mois 1/2 d'un second conjoint en août 1922. BW++++ novar, puis BW————. Accouchement à terme d'une fillette normale en apparence. Revient en 1926, enceinte du même conjoint. BW et Bauer négatif. Le 13 mai 1926, accouchement à terme d'un enfant normal. Le BW du second conjoint est négatif.

Mme Dar..., 40 ans, vient consulter le 14 avril 1926. A eu d'un même conjoint, en 1910, une fille née à terme, morte à 15 jours. A cette époque on porte le diagnostic de syphilis et on traite la femme. En 1911, accouchement à terme d'un garçon bien portant. En 1913, accouchement d'un enfant à terme, mort à 3 mois 1/2 de coqueluche. En 1924, accouchement à terme d'un enfant mort à 6 mois de broncho-pneumonie. A cette époque, BW du mari négatif ; BW de la mère positif. Actuellement est enceinte de 6 mois. BW et Hecht positifs. Traitement. Mais la malade ne peut venir à jeun. Muthanol et suppositoires. Le 1er août 1926 à terme, présentation de l'épaule, mort du fœtus in utero et extraction sous chloroforme. En mars 1927, BW et Hecht négatifs.

M. Caf...., 27 ans, vient consulter le 28 avril 1925. En 1920, accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort. A cette époque BW++++ et traitement. En 1921, grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant bien portant. Le BW est négatif. En 1925, avortement spontané de un mois et BW négatif. Conjoint soigné pour Σ depuis 1920. Actuellement BW négatif.

Mme Fiz..., 32 ans, vient en mars 1925.
En 1918, avortement de 6 mois, pas d'accidents antérieurs. En 1920,

enceinte de 1 mois, éruption, BW++++. Novar. Accouchement normal. Enfant bien portant. En 1921, nouvelle grossesse. Novar. Avortement à 6 mois ; le BW est négatif. Elle reste sans traitement. En 1922, avortement à 3 mois. BW négatif, pas de traitement. En 1924, BW négatif.

Parents + enfant BW négatifs. Mari sain, BW négatif. **Actuellement** enceinte (mars 1925) de 2 mois. BW et Hecht négatifs. Aucun signe actuel. Traitement novar, muthanol. Accouchement à terme en octobre d'une fille normale en apparence.

§ II. *BW positif, sans signes cliniques*

Il faut d'abord s'assurer qu'il n'y a pas une erreur de laboratoire. Ces erreurs, quoique rares, se produisent cependant de temps à autre : il faut y songer.

Si la femme présente un BW positif au cours de sa grossesse ou après l'accouchement, alors même qu'elle n'a aucun signe de syphilis dans l'anamnèse comme à l'examen, il faut attribuer les accidents de grossesse sur la foi de ce seul signe sérologique à la syphilis et instituer un traitement en suivant bien entendu l'évolution de ces réactions.

Mlle Mad..., 31 ans, envoyée le 14 octobre 1925 pour avortement spontané de 5 mois 1/2. Aucun signe de Σ. BW++++.

Mlle Barth... Marie, 27 ans, vient le 15 avril 1925 après accouchement prématuré d'un fœtus mort et macéré de 7 mois. A déjà eu une fausse-couche de 6 mois en 1924. Aucun signe de novar-muthanol.

Mme Din..., 20 ans, enceinte dès son mariage, vient le 27 octobre 1926 après accouchement d'un enfant mort et macéré prématuré de 3 semaines environ. Aucun signe de Σ BW et Hecht++++. Novar-muthanol.

Mme Paut... Thérèse, 36 ans, vient consulter en mai 1927, enceinte de 6 mois. Deux grossesses antérieures : une prématurée de 8 mois, mort à 3 semaines. un enfant né à terme et vivant. Aucun signe de Σ BW++++. Muthanol. Accouchement à 8 mois d'un enfant sain en apparence. Frictions, sulfar.

Mlle Brand... Marguerite, 23 ans, vient le 30 mai 1924. Accouchement prématuré de 7 mois. Fœtus macéré. Auparavant, en 1925, fausse-couche de 4 mois. Pas de signes de Σ BW et Hecht++++. Novar-muthanol.

Mme Vi..., 28 ans, vient consulter, enceinte de 6 mois. 2 fausses-couches antérieures à 3 mois puis à 8 mois. BW — — — — Hecht + + + +.

Mme Boa..., 19 ans, vient en février 1926 pour accouchement prématuré d'un enfant de 6 mois et demi ayant vécu un jour. Aucune lésion. BW + + + +. Novar-muthanol.

Mme Kup..., 21 ans. Enfant à terme le 29 août 1928. Très gros placenta. BW + + + +. Traitement à la mère et à l'enfant.

Mme Gau.... En 1918, avortement spontané de 2 mois 1/2 ; en 1919, avortement spontané de 2 mois 1/2 ; en 1920, accouchement à terme d'un enfant bien portant ; en 1922, avortement spontané de 2 mois 1/2 ; en 1924, vient consulter, enceinte de 2 mois. Pas de signes de E. Le BW est positif. Novar, muthanol. Le BW et le Hecht deviennent négatifs, accouchement à terme d'un enfant sain en apparence. Traitement.

Mme Cha..., 34 ans, vient en mai 1928 ayant eu un enfant macéré à 7 mois 1/2 le 3 mars 1928. En 1920, fausse-couche de 2 mois 1/2, aucun signe de ∑. BW + + + +. BW du mari négatif. Traitement.

Mme Cal..., 34 ans, vient le 30 septembre 1925. Accouchée à terme d'un enfant présentant du melœna et des hématemèses. Malgré 4 grossesses antérieures normales on fait un BW qui est positif.

Mme Rem..., 26 ans. En mai 1927 accouchement à terme d'un mort-né. BW positif sans aucun signe. Novar, muthanol et, en juin 1928, accouchement à 8 mois 1/2 d'un garçon normal, placenta normal.

§ III. *Signes cliniques d'Hérédo-syphilis*

Ces femmes présentent des lésions de syphilis hédéditaire tardive, lésions de type tertiaire : syphilides mutilantes, gommes, lésions des muqueuses (voile du palais), lésions oculaires, lésions osseuses, etc..., malformations.

Ces cas sont nombreux car les avortements sont une conséquence fréquente de l'hérédo-syphilis. Nous en possédons de nombreuses observations.

Mme Rhein..., 19 ans, vient le 1er février 1928, enceinte de 8 mois. Multiples lésions de ∑H : Malformations de la face, nez en lorgnette, voûte palatine ogivale, microdentisme, mauvaise implantation, incisives latérales atrophiées. BW négatif. Muthanol.

Mme Fer..., 23 ans, vient en 1927 ayant accouché d'un enfant sain sauf grosse rate. Chez elle comme chez ses frères et sœurs, signes de ∑H. BW — —+ +. Muthanol 14 doubles doses et BW + + + +.

Mme Marc..., 34 ans, vient le 6 octobre 1926, enceinte. Σ découvert à l'occasion d'une gomme du frontal en 1925, et BW positif, cicatrisée par 3 mois d'arsenic. En 1922, enfant à terme mort peu après. Actuellement BW et Hecht positifs. Novar. Accouchement d'enfant vivant.

Mme Naud..., 28 ans, vient le 2 mars 1927, enceinte de 3 mois ½. Dans l'enfance en 1903 quadriplégie. En 1919, BW positif et traitement antisyphilitique. Régression totale de la quadriplégie. En 1924, fausse couche de 3 semaines. En 1925, à 8 mois ½, accouch. d'enfant, mort à 22 jours. En 1926, enfant à terme bien portant

Actuellement syndrôme cerebelleux. Diminution de l'acuité visuelle. Son père est mort à 25 ans d'hémorragie cérébrale.

Hecht et BW négatifs. Muthanol. Achèvement de la grossesse Enfant vivant.

Mme Besnard..., 2 déc. 1925. En mars 1924, à terme, hydrocéphale, qui meurt. Est actuellement enceinte de 5 mois. Gomme des os propres du nez et déviation de la cloison. Conjoint bien portant. En 1924 et actuellement, BW négatif à l'homme et à la femme. Réactivation nég. Muthanol. Accouchement à terme en avril 1926 d'un enfant normal, mort à 6 mois de broncho-pneumonie.

Nouvelle grossesse en 1927. Muthanol. Accouchement d'enfant sain.

Mme Couch..., 24 ans, envoyée par pédiatre en octobre 1926 pour son enfant : front natiforme, pâleur, circulation céphalique, fontanelle ouverte (1 an). Cette femme est née à terme. Sa mère a eu un autre fille bien portante et 2 grossesses gémellaires. Dans l'une, un jumeau est mort à quelques mois ; dans l'autre, les jumeaux sont morts à 2 jours.

Elle a eu une grossesse gémellaire. Accouchement à 7 mois. 1 jumeau mort après l'accouchement, l'autre est l'enfant actuel. Etourdissements, céphalée, pâleur. BW négatif. Mari sans signes de Σ BW négatif. Elle est améliorée par le traitement.

Dur... Henriette, 26 ans, enceinte de 6 mois. Envoyée pour excès de liquide. 1ers rapports à 19 ans. Mariée à 23 ans. En 1926, céphalée, étourdissements. Pas de fausse couche. A l'axemen : Dents de ΣH : microdontisme aux incisives médianes, bandes blanchâtres. Incisives lat. sup. aspect de canine, dents crenelées, mal rangées, voûte ogivale.

BW et Hecht négatifs. Muthanol. Diminution de l'excès de liquide. Accouchement à terme d'un enfant normal.

Mich..., 35 ans, vient en oct. 1925. 1 enfant 3 ans soigné pour néphrite, puis friction à la suite d'éruptions. En 1924, gros placenta. Mort de l'enfant à 5 semaines avec éruption. En 1925, fille bien portante née à terme, 7 livres. Placenta 700 gr.

Mari bien portant. Elle : cicatrices d'ulcérations syphilitiques aux jambes, datant de 20 ans. Souffle d'aortite. Crises douloureuses retrosternales, irradiant dans le bras gauche, se répétant la nuit.

BW positif en 1924. Actuellement, il est négatif. Muthanol. Novar. En sept. 1925, Hecht — + + + BW — — + +.

On voit sa sœur : Hecht++++ BW — — — — pas de signes.

On voit son fils : circulation veineuse thoraco-abdominale très développée. Ganglions cervicaux nombreux. Mouvements choréiques. Sulfar. Muthanol. Gardenal.

On voit sa fille : polyadénopathies, surtout cervicales. Ensellure du nez très marquée. Incurvation des tibias sens ant. post. Sulfar. Frictions.

Gouill... Blanche, 36 ans, vient pour fausse couche de 2 mois en 1928. En 1927, enfant macéré à 7 mois. BW — —++. Mari bien portant. Actuels BW et Hecht négatifs. Père mort d'hémorragie cérébrale à 50 ans. Mère internée depuis 52 ans. Novar. Muthanol.

Mass..., 24 ans, vient le 6 juillet 1927. En déc. 1926, avortement de 6 mois. En juin 1927, avortement de 6 mois ½. Sans cause obstétricales ni médicale. Son mari, BW négatif. Sa mère, 10 enfants : 4 morts en bas âge, 6 vivants dont 3 avec signes de scrofulate de vérole. Elle, cicatrices d'écrouelles.

Pin... Marthe, 32 ans. En 1928, grossesse avec hydramnios. Accouchement prématuré, le 21 décembre, à 6 mois ½, d'enfant mort. A l'examen : ébauche de syndrôme de Raynaud. Oxyxis. Strabisme congénital. Lésions dentaires. Langue scrotale. Réflexes vifs. Souffle aortique systolique. BW négatif.

Lec..., 20 ans, vient en janvier 1926 après accouchement à terme d'un mort-né. A l'âge de 4 ans on lui aurait fait des piqûres ainsi qu'à sa mère. Actuellement **tabes héréditaires.** Récemment, rétention d'urine durant 15 jours. Argyll, inégalité pupillaire. Rotuliens, achilléens à peine perceptibles. BW et Hecht positifs à plusieurs reprises malgré traitement. En déc. 1926, ils deviennent négatifs et le sont encore en nov. 1927. Muthanol.

Pet..., 49 ans, vient le 31 mars 1927.

Mariée 1899. Mari mort de congestion pulm. En 1900, gomme du tibia. 3 enfants.

En 1900, **Hélène,** née à terme. 2 fois mariée. **1er lit** garçon à terme.
2e lit fille à terme.
à 20 mois, purpura.
5 fausses couches.
1 enfant à terme.
BW négatifs au 2e mari.

En 1903, **Henri,** à terme, bien portant. Marié 1 siège-mort.
1 fausse couche de 3 mois.
1 fausse couche de 2 mois.

BW négatif. Sa femme après réactivation BW négatif. Traitement dès le 1er mois de la dernière grossesse qui va à terme. Enfant bien portant.

En 1906, **Alice,** née à terme bien portante. A un enfant bien portant. BW négatif. Céphalées tenaces.

2e mariage en 1911.

En 1918, enfant à terme mort aussitôt après. Plaques rouges sur tout le corps.

En 1926, gomme du sterno mastoïdien. BW et Hecht positifs. Le traitement novar muthanol fait rapidement fondre la gomme, mais BW et Hecht encore positifs en 1928.

CHAPITRE III

Femmes n'ayant aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire, ayant des réactions sérologiques négatives mais ayant eu des accidents de grossesse

Ces cas sont les plus intéressants, de par leur fréquence, et aussi pour la difficulté qu'il y a à établir un diagnostic étiologique dont les conséquences sont d'une telle importance. Le Lorier et Galliot, à la consultation de la Maternité Boucicaut, ont dépisté des syphilitiques méconnues ou ignorées dans la proportion de 60 pour 100 chez 40 femmes, dont la syphilis avait été déjà diagnostiquée. L'écueil à éviter est de ne pas poser un diagnostic ferme vu la difficulté qu'on rencontre à cet égard, et d'instituer un traitement antisyphilitique peu actif et durant un temps restreint : ce serait là un moyen terme détestable, car, ou les malades ne sont pas syphilitiques et il est au moins inutile de leur faire supporter les inconvénients moraux et matériels que comporte un tel diagnostic, ou bien les malades sont syphilitiques et il faut alors les traiter comme telles et bien les traiter.

On évitera, malgré toutes les difficultés qui se rencontrent dans ce cas, une erreur si préjudiciable, en ne négligeant aucun élément de diagnostic.

§ I. *L'interrogatoire*

L'interrogatoire est un de ces meilleurs éléments de diagnostic.

Il renseignera sur le nombre, l'âge, la succession et la nature de ces accidents de grossesse.

C'est ainsi que la répétition des fausses-couches est un excellent signe de syphilis. Et ce signe est tout à fait caractéristique, nous pourrions dire pathognomonique si l'âge respectif des avortements va en croissant. Si, par exemple, la première grossesse se termine à deux mois, la deuxième à quatre mois, la troisième à sept mois, et si une quatrième est menée à terme.

Il faut cependant faire une restriction, car il existe des uterus mal formés qui s'adaptent peu à peu à la gravidité, et les interruptions de grossesse se groupent de cette même façon. Un examen local éliminera cette cause d'erreur qui est d'ailleurs trop rare pour qu'on lui accorde plus qu'une simple mention.

L'âge des fausses-couches est intéressant aussi en lui-même ; les fausses-couches syphilitiques se produisent surtout dans les premiers mois de la grossesse. Les accouchements prématurés sont imputables moins souvent à la syphilis et on devra se souvenir que les primipares ont souvent des gestations écourtées (Jeannin).

La nature de ces accidents de grossesse est aussi d'une extrême importance ; la syphilis tue le fœtus et ensuite il est expulsé : d'où présomption plus forte de syphilis si, au cours d'un avortement spontané ou d'un accouchement prématuré, la femme expulse un fœtus mort et macéré. Tandis qu'on aura moins de raisons de soupçonner la syphilis si le fœtus naît vivant ou meurt au cours du travail.

Toutes les anomalies de grossesse peuvent reconnaître la syphilis parmi leurs causes. Nous citons une observation de plusieurs grossesses avec hydramnios chez une femme qui était syphilitique (observation Loq..., 35 ans, page 14). Le poids du placenta, lorsqu'il est exagéré, c'est-à-dire s'il dépasse les 500 grammes habituels, est un bon signe pour suspecter la syphilis (Lévy-Solal).

Mais il est bien entendu qu'avant de suspecter la syphilis chez une femme qui a présenté un de ces accidents, il est nécessaire qu'elle ait été examinée complètement, d'abord au point de vue génital pour rechercher les causes locales d'accidents de grossesse : malformations utérines, endométrite, fibrôme, malformations du bassin.

Et aussi au point de vue médical en n'oubliant pas que les maladies générales telles que le diabète, toutes les infections aiguës, les intoxications peuvent être cause d'avortement. Une attention toute particulière doit être accordée à la néphrite aiguë ou subaiguë et même chronique qui, presque toujours, s'accompagne de fausse-couche. Pratiquement on se contentera de rechercher l'albuminurie.

MM. Janselme et P. Lefèvre ont cité, dans un travail original du Progrès médical, deux observations très belles : l'une est celle d'une femme chez qui on remarque la succession de sept accouchements prématurés, qui n'était pas syphilitique mais qui était atteinte de néphrite chronique avec albuminurie et hypertension.

La deuxième observation porte sur une femme qui avait eu onze enfants dont sept étaient morts : trois morts nés (circulaire du cordon. Travail pénible et forceps), quatre morts en bas âge d'affections banales. On ne pouvait suspecter la syphilis, mais l'aurait-on pu, qu'on en aurait été empêché car cette femme venait consulter pour des manifestations

de syphilis secondaire floride dont le début remontait à six mois.

Ces deux observations confirment ce que nous disons et ne peuvent que nous inciter à établir l'interrogatoire et l'examen avec toute la minutie désirable pour dépister toujours la syphilis quand elle existe, mais alors seulement qu'elle existe.

Nous ne parlons que pour mémoire de l'avortement traumatique ; il est peu de cas nets et indéniables. Quant à l'avortement provoqué, sa fréquence est très grande et on devra toujours y penser et s'en méfier. Cependant, dans la clientèle d'hôpital, on parvient bien souvent, grâce à un peu de bienveillance, a en obtenir l'aveu.

Pour ce qui est des morts, parfois répétées, de nouveaux-nés, on fera préciser les conditions de l'accouchement car une complication mécanique banale peut avoir tué l'enfant. Si l'enfant vit après l'accouchement, on s'enquerra des signes qu'il a pu présenter après la naissance et dont certains sont indéniablement d'origine syphilitique (éruptions, coryza, hémorragies). D'autres au contraire sont très banaux (diarrhée verte). On devra aussi faire préciser le mode d'alimentation, car on doit soupçonner la syphilis si plusieurs enfants successifs sont morts en bas âge, quoique élevés au sein (Apert).

Mme Colut... 33 ans, jamais de lésions.
En 1923, accouchement retardé de 15 jours. Enfant mort et hydrocéphale.
En 1924, accouchement retardé de 15 jours, enfant mort.
BW du mari et de la femme négatifs.
Actuellement est enceinte de 4 mois, BW0. Réactivation Bauer et BW négatifs. Muthanol. Accouchement à terme en juillet 1926 d'enfant sain en apparence, mais melaena intense nécessitant 2 transfusions. Traitement. Actuellement, enfant normal.

Mme Bas..., 26 ans, Février 1928. Une fausse couche de 4 mois. Expulsion au bout de 7 mois. 2 BW négatifs. Traitement.

Mme Odi..., 28 ans, vient en janvier 1928.
En 1916 : 1 fille à terme, déformations osseuses (?) ;
En 1917 : 1 prématuré à 7 mois, bien portant.
En 1919 : 1 prématuré à 8 mois, mort à 1 jour.
En 1921 : 1 fille à terme, bien portante.
En 1922 : 1 enfant à terme, rachitique.
Pas de lésions. Laryngite en 1920 ayant duré 18 mois. BW et Hecht négatifs. Traitement.

Mme Tirya..., 31 ans, vient le 10 nov. 1926, enceinte de 5 mois ½.
1 fille née à 7 mois ½, morte à 2 mois.
1 fille née à 6 mois ½, morte à 1 jour.
1 avortement spontané à 5 mois. BW0 (Lariboisière).
1 garçon à terme, mort à 1 mois ½ de vomissements.
1 fille née à 8 mois, bien portante.
1 garçon né à terme, bien portant.
1 garçon né à terme, bien portant.
A l'examen, aucun signe. BW=0. Mari bien portant. BW0. Muthanol. Novar pendant 2 mois. N'est pas revenue.

Mme Pan..., 28 ans. 1 enfant à terme, mais macéré depuis un mois. Le 15 juin 1927, aucun signe de Σ BW=0, Hecht=0. Réactivation négative. Conjoint BW=0. Traitement à la femme.

Mme Vin..., 35 ans, vient en juillet 1928, enceinte de 5 mois. Antécédents : 1 fausse couche à 6 semaines ; 1 enfant mort-né ; 1 enfant vivant ; 1 fausse couche à 2 mois ½.
Muthanol. Actuellement près du terme. Mouvements actifs.

Mme Pic..., 38 ans, vient le 13 juin 1928, 1 fausse couche de 1 mois ½ en 1921. 1 fausse couche de 6 mois en 1926. Un accouchement prématuré à 8 mois en 1928 BW=0. Traitement.

Mme Roj..., 28 ans. Fausses couches de 3 mois ½ (1924), 5 mois ½ (1925), 6 mois ½ (1926), 1 enfant à terme (1927), mort à 6 jours, la mère ayant une fièvre typhoïde. Actuellement, 23 mai 1928, est enceinte de 3 mois ½. BW=0. Muthanol. La grossesse se poursuit.

Mme Dou..., 37 ans, vient en mai 1928, après accouchement à terme d'un enfant mort et macéré depuis 8 jours.
d'un 1er mari, en 1908, 1 fille à terme qui vit.
d'un 2e mari, en 1919, 1 enfant à terme mort de méningite.
en 1921, 1 enfant né à terme, mort peu après.
Parents bien portants. Conjoint BW0 ; elle, BW0, achilléens douteux. Muthanol.

Mme Boub..., 36 ans, vient en avril 1928.
1 fausse couche de 2 mois en 1916.
En 1924, 2 jumeaux à 8 mois, morts à quelques jours.
En 1927, 1 mort-né à terme.
Actuellement enceinte. Parents, mari bien portants. Elle, aucun signe. BW0. Muthanol. Accouchement à 8 mois ½ en juin, enfant bien portant.

Mme Fer... Marie, 26 ans, vient le 7 juin 1928.
D'un premier conjoint : 1 enfant né à terme en 1924, mort de méningite ; 1 enfant à terme mort et macéré en 1925 ; 1 fausse couche de 3 mois en 1927.
D'un deuxième conjoint : 1 fausse couche de 6 mois.
Aucun signe. BW0. Traitement.

Mme Hous..., 19 ans, vient en juillet 1926.
1 enfant à terme mort d'hémorragie intestinale à trois semaines. Est enceinte de 6 mois. Mari nie Σ. Elle, BW et Hecht négatifs. Traitement. Accouchement à terme enfant bien portant.

§ II. *La Ponction lombaire*

Elle pourrait rendre des services ; un BW négatif dans le sang peut être positif dans le liquide céphalo-rachidien. M. Leredde trouve même une preuve de l'infection syphilitique dans l'altération de la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien. Il ne faut voir là, croyons-nous, que le témoignage d'une infection chronique, mais qui n'est pas spécifique de la syphilis.

En réalité, il est très difficile de pratiquer la ponction lombaire dans un service de consultation et de la faire accepter des femmes qui y viennent.

Les troubles consécutifs (maux de tête, vomissements) pourraient être plus intenses chez la femme enceinte par suite de son état de grossesse.

Et même si cette ponction lombaire donnait des résultats positifs, la femme enceinte, alarmée par les malaises consécutifs qu'elle aurait ressentis, pourrait refuser le traitement.

Nous en avons pourtant pratiqué, mais exceptionnellement et dans certains cas tout particuliers.

§ III. *La Réactivation*

Nous suivons la technique de Milian. Si le BW est négatif, on pratique une injection de 0,30 ou de 0,45 de novarsenol.

et dix jours après on fait un nouveau BW. Il est parfois très utile de réactiver ainsi la réaction et l'on peut avoir ainsi un second BW positif. Si cependant celui-ci reste négatif on n'élimine pas la possibilité de syphilis.

(Voir observations déjà citées : Pau..., page 25 ; Besn..., page 27 ; Colut..., page 34).

§ IV. *Examen du conjoint, des ascendants et des enfants*

C'est la tâche qui réclame le plus de délicatesse. Elle est presque toujours ardue et parfois impossible par suite de la mort ou de l'éloignement.

A) Examen du conjoint

Si dans la transmission de la syphilis la part la plus importante et peut-être exclusive revient à la mère, on ne peut en excepter systématiquement le père. Pinard a montré la présence de tréponèmes dans le sperme. Mais en pratique c'est par l'intermédiaire de la mère que le père donne la Σ à son enfant. Donc, en présence d'enfants syphilitiques héréditaires, comme en présence des accidents de grossesse chez la mère, il y a grand intérêt à examiner le conjoint et à l'interroger. On devra prendre garde à ne pas troubler l'entente d'un ménage sur de simples présomptions et à cacher au conjoint le BW positif de la femme et réciproquement, car le contaminateur peut ne pas être le conjoint actuel. Différents cas peuvent se présenter :

a) Le conjoint avoue la Σ

1. *L'examen montre des signes de* Σ

Mme Manjem..., 24 ans, vient le 24 nov. 1926 après accouchement prématuré d'un enfant mort et macéré à 7 mois ½. 1 fille née en 1923, bien portante.

Le 1er conjoint, père de la fille, bien portant.

Le 2e conjoint, auteur de l'accouchement prématuré, est traité pour Σ depuis 1923. BW actuel positif, diminution des reflexes. Laryngite. BW et Hecht à la femme négatifs à plusieurs reprises. Novar, Muthanol. L'état général déficient devient excellent.

Mme Rob..., 22 ans, vient le 20 janvier 1925, enceinte de 2 mois. Est mariée depuis 1 an ½. Vient, car son mari aurait présenté depuis 3 mois des accidents syphilitiques et serait en traitement depuis. BW positif.

Elle, ne présente aucun signe. BW négatif. Muthanol. Le 10 février, métroragies. Accouchement à terme d'enfant sain.

Mme Le Pe..., 25 ans. D'un premier conjoint, 1 enfant à terme, bien portant, 7 ans.
D'un deuxième conjoint, 1 fausse couche de 3 mois en 1925
et 1 enfant né à 8 mois en février 1928. Elle, BW et Hecht négatifs. L'enfant présente du coryza, des éruptions erythémateuses. Gros foie, grosse rate et meurt subitement dans un accès convulsif le 25 mars 1928. Le 2e conjoint avoue être traité pour syphilis dont il persiste des signes cliniques.

2. *L'examen ne montre pas de signes de Σ, mais BW positif*

Mme Bau..., 29 ans, en 1922, accouch. prématuré à 7 mois, fœtus macéré de 8 jours.
en 1925, avortement spontané à 5 mois ½. fœtus macéré de 15 jours.

Aucun signe de Σ. BW et Hecht négatifs.

Le conjoint ne présente pas de signes cliniques, mais BW et Hecht positifs. Le 6 octobre 1926, on commence le traitement. Novar Muthanol. Le 15 décembre 1926, la femme est enceinte et accouche le 12 juin 1927 à terme d'un enfant normal qui vit. Le conjoint présente alors un BW négatif.

Mme Lep..., 32 ans, vient le 23 nov. 1927. Enceinte de 3 mois ½. Mariée en 1920. En 1921, une fille à terme, morte depuis 6 jours. Procidence du cordon. En 1921, avortement spontané de 2 mois ½.
En 1923, accouchement prématuré à 6 mois.. Mort à 3 mois.

BW en 1925, à la suite duquel elle aurait été traitée.

Elle aurait eu des pertes marron en septembre et octobre 1927.

BW et Hecht négatifs. Muthanol. Accouchement à terme. Le mari ne présente pas de signes, sauf BW++++.

Mme Bast..., 21 ans, premières relations en déc. 1925.
En octobre 1926, accouchement à 8 mois ½. Enfant mort à 1 mois..
En février 1928, accouch. à 6 mois.
Vient en avril 1928, pas de signes.
Le conjoint ne présente pas de signes, mais BW++++.

3. *L'examen ne montre pas de signes de syphilis, le BW est négatif*

Le conjoint était syphilitique, s'était fait traiter et se croyait guéri. Cas fréquent.

Mme Fern..., 39 ans. Mariée en 1921. En 1923, fausse couche de 3 mois ½.
En 1924, mort-né à 6 mois.
En 1924, fausse couche de 2 mois.
En 1926, fausse couche de 2 mois.

Le conjoint est un ancien syphilitique. Σ en 1912, soignée 4 ans. Le BW était positif peu de temps. Aucune lésion objective. Elle, rien. Réactivation : BW et Hecht négatifs.

B) Le conjoint n'avoue pas la syphilis

1) *Il ne l'a pas*, c'est sa femme qui est syphilitique et elle ne l'a pas contaminé.

Mme Cha..., 34 ans, vient en mai 1928, ayant eu un enfant mort et macéré à 7 mois ½ le 3 mars 1928. En 1920, fausse couche de 2 mois ½. Aucun signe de Σ BW++++. BW du mari négatif. Traitement.

2) *Il l'a*, ne l'avoue pas, se fait soigner et a un BW négatif.

Mme Poir.., Hélène, 23 ans, vient en avril 1927. Mariée en 1923. 3 mois après, perte abondante de cheveux et chancre induré probable sur la grande lèvre droite avec adénopathie. Angine sans fièvre durant un mois en 1924. Aucun autre signe.
1 enfant à terme mort d'hémorragie ombilicale.
1 enfant à terme macéré depuis 15 jours.
1 enfant à terme mort à 17 jours d'hémorragie ombilicale.
Légère anémie. BW ———— Hecht+++. Novar. Muthanol.
Le 19 octobre 1927, BW ———— Hecht ————.

Vu le mari, 25 ans. Nie toute syphilis. Sur le gland, cicatrice violacée non indurée de la grandeur d'une pièce de 0,50. Hecht et BW++++. Novar.

Mme Horn..., 35 ans. En 1922, un mort-né à terme.
En 1927, un enfant à terme, malformation de la figure, vécut 20 heures.

Femme normale. BW0.
Conjoint nie la syphilis, mais leucoplasie aux commissures. Refuse le BW.

3) *Il l'ignore*, l'interrogatoire et l'examen des frères et sœurs montre qu'il s'agit de syphilis héréditaire.

Mme Pat..., 26 ans, vient le 1er février 1928.
En 1921, grossesse normale d'un 1er lit.
En 1924, avortement (provoqué ?) à 3 mois du 1er lit.
En 1927, enfant à terme d'un 2e lit. Au cours de sa grossesse, on constate une anomalie qu'elle ne peut préciser. On fait un BW qui est ++++. Pendant 5 mois, injections de mercure.
A l'examen, rien. BW négatif.

On voit son mari : dents d'Hutchinson, quelques dents en tournevis. BW négatif.
Un frère du mari fut prématuré de 2 mois et élevé en couveuse.

On voit son enfant, âgé de 9 mois ½.
Crâne natiforme. Eczéma de la face.
Muthanol à la mère. Sulfar et Muthanol à l'enfant.

B) Examen des ascendants

Il faut faire venir à la consultation les parents, si cela est possible, pour les examiner et avoir directement d'eux des précisions sur les accidents qu'ils ont pu présenter. Indépendamment de toute réaction sérologique que l'on pratiquera.

Leredde, Devraigne et Carle disent que toutes les recherches, cliniques, étiologiques, biologiques peuvent être négatives alors qu'il s'agit cependant de syphilis héréditaire, de même Hutinel qui dit qu'il sera plus aisé de la soupçonner que d'en prouver l'existence.

Cependant il est des cas où la maladie d'un des parents est nettement d'origine syphilitique. En ces cas, l'hésitation est impossible.

« Tout enfant de paralytique général, ou de tabétique sera présumé syphilitique, de même que les enfants d'un

homme ou d'une femme atteints d'hémiplégie à l'âge adulte. Ces enfants sont souvent infectés dans le cas où l'hémiplégie paternelle ou maternelle est survenue à un âge avancé ».

Enfin on devra penser encore à une infection syphilitique atténuée, syphilis de seconde génération par exemple en cas de grossesse gemellaire terminée par la mort de deux fœtus du même sexe. (Couvelaire).

A l'examen des ascendants on ajoutera l'examen des collatéraux qui peut parfois suppléer à ce premier en montrant des signes de syphilis héréditaire chez les frères et sœurs de la femme en question.

Voir observations Naud... page 27 ;

Gouill... page 28 ;
Fer... page 26 ;
Mich... page 27 ;
Pet... page 28 ;

C) Examen des enfants

La syphilis maternelle est souvent dépistée par les lésions des enfants. Et c'est ici que l'assistant de pédiatrie peut avoir un rôle important en nous adressant les mères d'hérédos-syphilitiques afin que nous les traitions, en même temps que l'examen des enfants peut nous aider à établir le diagnostic de Σ chez des femmes où nous le soupçonnions.

Les enfants peuvent présenter des lésions à la naissance.

Lésions indéniables : corysa, pemphigus plantaire et palmaire, mégalosplénie, melaena, hydrocèle, déformations crâniennes, etc. Ces lésions sont multiples et permettent de découvrir des syphilis insoupçonnées jusqu'alors. M. Lemaire, en 1923, donnait la proportion de 19 % d'enfants

atteints de syphilis héréditaire, parmi lesquels 66 % l'étaient avec certitude.

Hous.., Jacqueline, 3 mois. Vient le 20 juillet 1927.

Née à terme. Grosse rate. Onyxis. Lésions vésiculaires de la plante des pieds. Syphilides impetigineuses de la face et du tronc. Veines frontales très développées. Sulfarsenol. Suppositoires de muthanol et frictions mercurielles. Disparition rapide des syphilides et, peu à peu, amélioration.

La mère ne présente pas de signes. Traitement.

Lésions douteuses : celles-ci sont légion. On en a décrit un très grand nombre qui seraient imputables à la syphilis, et c'est ici surtout une question de sagacité pour distinguer s'il s'agit ou non de syphilis.

Les lésions de syphilis de la première enfance : Les enfants présentent des signes évidents ou douteux de syphilis de la première enfance : dystrophies dentaires, triade d'Hutchinson, ostéopériostites, lésions du système nerveux, hépatite, etc...

Il faut donc faire venir à la consultation, d'une façon systématique, les enfants d'une femme qui vient d'avoir un accident de grossesse imputable à la syphilis. L'examen et le BW des enfants pourront peut-être faire la preuve de cette syphilis maternelle.

S'ils sont négatifs on en tiendra compte, sans oublier que ces enfants sont peut-être d'un autre conjoint que celui qui est responsable de l'accident de grossesse, et en tous cas on pourra soupçonner une syphilis héréditaire larvée.

§ *V. Résultats de cette enquête*

On s'est donc astreint à cette enquête qui n'a négligé aucun élément possible de diagnostic chez toute femme qui a présenté des accidents de grossesse mais qui n'a aucun

signe de syphilis acquise ou héréditaire et dont les réactions sérologiques sont négatives.

Parfois on dépiste ainsi le donneur de tréponèmes. Et cette certitude étiologique nous conduit à traiter la femme sans aucune hésitation et à étendre le traitement, suivant les cas, soit au conjoint, soit aux collatéraux et aux ascendants, soit aux enfants.

Mais souvent il est impossible de faire cette enquête : le conjoint, les parents refusant de venir à la consultation. Ou s'ils viennent l'examen peut encore ne rien révéler. Si bien qu'on se trouve en présence d'une femme soupçonnée de syphilis uniquement pour des accidents de grossesse récents ou anciens. Nous le répétons, dans le doute il ne faut pas se cantonner, de façon à s'abtenir : Si la femme n'est pas syphilitique elle ne doit pas, bien entendu, être traitée. Si elle est syphilitique, elle doit l'être, et selon les règles.

On parviendra à une présomption qui équivaudra à une certitude en éliminant d'abord les causes autres que la syphilis d'accidents de grossesses : traumatismes, avortements provoqués, maladies infectieuses, diabète, néphrite, lésions génitales ou locales incompatibles avec la gestation. En précisant les conditions de ces accidents de grossesse, conditions dont certaines sont indubitablement la conséquence d'une syphilis, et telles que avortements spontanés répétés dans les premiers mois de la grossesse, ou bien avortements se produisant chaque fois plus près du terme de la grossesse que les précédents, ou encore avortement ou accouchement d'un fœtus mort et macéré, grossesse avec hydramnios, gros placenta.

On portera donc sur ces signes nets de syphilis, et sur eux seuls, le diagnostic d'accidents de grossesse syphilitique.

Le produit de gestation peut présenter des signes de syphilis malgré que la mère apparaisse saine. Il ne s'agit pas d'immunité spéciale (loi de Colles-Baumès), mais de syphilis latente, et ici les lésions du fœtus ou de l'enfant feront la preuve de l'infection syphilitique de la mère en l'absence de lésions chez elle.

En compulsant les nombreuses observations conservées à la consultation syphiligraphique annexée à la maternité de l'hôpital de la Charité pendant ces quatre dernières années, soit d'octobre 1924 à octobre 1928, nous avons relevé la proportion de 38 % de ces cas : soit parmi 100 observations de femmes syphilitiques, 38 pour lesquelles la syphilis était dépistée en l'absence de signes cliniques de syphilis et d'hérédo-syphilis, et en l'absence des réactions sérologiques positives, chez ces femmes ayant présenté des accidents de grossesse.

CHAPITRE IV

§ *I. Quelle conduite alors sera la nôtre ?*

Si la femme est enceinte mais après avoir eu antérieurement un enfant mort et macéré, des fausses-couches répétées, ou si actuellement sa grossesse se complique d'hydramnios, on lui appliquera le traitement antisyphilitique habituel avec la prudence toujours nécessaire d'ailleurs, en examinant auparavant les urines et le cœur, en surveillant l'état de la bouche et des dents, en tâtant la sensibilité et en évitant les fortes doses d'emblée, en n'augmentant les doses que si les précédentes ont été bien tolérées.

Mais on s'adressera à un traitement énergique et non pas à un simple traitement interne. Il est avéré qu'un traitement énergique fait avec prudence n'est pas dangereux chez la femme enceinte. Gougerot a publié deux observations où l'avortement et l'expulsion d'un enfant vivant relevaient d'une congestion utérine due à un choc arsenical que par analogie il a appelé crise nitritoïde utérine. Il s'agissait en effet d'un phénomène de choc et non d'intoxication. Girou et Bertron ont signalé un accouchement prématuré chez une syphilitique après une injection de 914, mais dans des conditions qui, pas plus que les observations de Gougerot, ne vont à l'encontre de ce que nous énonçons.

Au cours du traitement on fera plusieurs réactions sérologiques pour dépister une réactivation possible. Et c'est ainsi, avec un traitement énergique et prudent, qu'on obtiendra la guérison ou la suppression des accidents de grossesse en même temps qu'on s'acheminera vers la guérison de la syphilis.

Si la femme vient d'avoir une interruption de gestation qui doit être attribuée à la syphilis par ses caractères propres et malgré l'absence de signes cliniques, serologiques, étiologiques en faveur de la syphilis, on instituera le traitement antisyphilitique.

Si la femme désire avoir des enfants on rapprochera les séries, et plus tard au cours de ses grossesses on traitera la femme. Certains auteurs ont préconisé d'attendre la prochaine grossesse pour traiter la femme. A notre avis il vaut mieux appliquer le traitement d'emblée et sans tarder.

Les nourrissons seront traités :

S'ils présentent des stigmates de syphilis.

Et s'ils n'en présentent pas :

On les traitera quand ils n'auront aucun signes de Σ si leur mère a présenté des accidents syphilitiques soit au cours de sa grossesse, soit auparavant et même à une époque très antérieure.

On les traitera aussi, même si la mère a été bien traitée ou longtemps traitée, y compris au cours de sa grossesse, et en dépit des réactions serologiques négatives qu'on aura pu multiplier.

L'enfant d'une mère syphilitique n'est pas immunisé (loi de Proteta) mais simplement syphilitique. Cette règle n'étant pas absolue il est vrai.

§ II. *Le Traitement*

Le traitement, comme nous venons de le dire, sera prudent et énergique.

Nous avons vu à plusieurs reprises une gestation s'arrêter (arrêt des mouvements actifs du fœtus, ébauche d'avortement spontané) pendant une période où le traitement était suspendu, et à la reprise du traitement ces troubles disparaître et la grossesse évoluer normalement. (Observation Loq..., page 12). Voici le traitement que nous instituons à la consultation syphiligraphique annexée à la Maternité de la Charité :

La première semaine 2 muthanol intramusculaires (une double dose, soit 0 gr. 30), puis les autres semaines 1 muthanol et 1 novarsénobenzol intraveineux.

Chez les femmes qui ne peuvent venir qu'une fois par semaine, et c'est la majorité, nous nous sommes bien trouvés d'une double dose de muthanol, nous faisons alors 10 injections de muthanol puis une série classique de novarsénobenzol, une série d'huile grise et 15 jours enfin d'iodure de potassium.

Chez les femmes enceintes rebelles au traitement et souvent difficiles à faire venir régulièrement, nous préconisons en plus du traitement habituel par injections et pendant les derniers mois de la grossesse pour compenser les défections, la médication par voie rectale. Il ne s'agit là que d'un adjuvant destiné à suppléer à l'irrégularité des injections, mais d'un bon adjuvant, car l'absorption par voie rectale semble réelle et la médication va directement au foie, et enfin au placenta.

CONCLUSIONS

1. Il est nécessaire qu'une coopération étroite existe dans un service de maternité entre le chef de service et son assistant de consultation syphiligraphique. A cette coopération doit participer l'assistant du service de pédiatrie.

2. Une réaction sérologique est indispensable chez toute femme au cours de sa gressesse, et sinon au cours de l'accouchement.

3. Un accident de grossesse qui ne peut être imputé à toute autre cause doit toujours faire soupçonner la syphilis et peut souvent lui être attribué.

4. Un examen clinique qui ne révèle aucun signe de syphilis, et des réactions sérologiques négatives ne nous permettent pas d'éliminer la syphilis, car : il reste à faire une enquête familiale difficile et souvent incomplète, il faut tenir compte de la fréquence de l'hérédo-syphilis.

5. Si, malgré l'absence de signes cliniques de syphilis et d'hérédo-syphilis, et malgré la négativité des réactions sérologiques, la femme présente un passé obstétrical chargé il faut, en l'absence de toute autre cause, la considérer comme syphilitique et la traiter comme telle avec les précautions d'usage.

6. Ces cas sont dans la proportion de 38 % parmi les femmes syphilitiques traitées depuis 1924 à la consultation syphiligraphique annexée à la Maternité de l'Hôpital de la Charité.

Nous donnons rarement des suppositoires d'arsenic, plus souvent des suppositoires de muthanol ou de mercure.

Les nourrissons sont traités systématiquement, ils sont traités longtemps.

S'ils présentent des accidents : arsenic progressif et intensif sous la forme pratique de sulfarsénol intra-musculaire, — sinon sulfarsénol et muthanol par cures alternées — au besoin nous renforçons le traitement par des suppositoires de muthanol ou des frictions mercurielles. La mère doit nourrir son enfant, ce qui fait une double absorption pour l'enfant, indépendamment du danger de le confier à une autre femme. Même si elle ne présente aucun signe de syphilis elle peut le nourrir (loi de Colles) mais parce qu'elle est syphilitique elle-même.

Au besoin, suivant l'habitude classique, on associera au traitement antisyphilitique un traitement par le fer (teinture de mars) et un traitement opothérapique puisque souvent la syphilis héréditaire touche les glandes à sécrétion interne.

Vu : le Président de Thèse,

VILLARET.

Vu : pour le Doyen,
l'Assesseur :

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Conférence de la syphilis héréditaire, 1925.

KLEE-HOFMANN. — **Monatschr.f.geb.u.gyn.** vol. LXII. Février 1923.

CARLE. — **Journal Médecine de Lyon,** 5 mars 1923.

LEMAIRE. — **Soc. de Pédiatrie,** 10 juillet 1923.

LEREDDE. — **Bulletin Soc. méd. Paris,** 10 nov. 1922.

LEREDDE. — **Concours médical 1922-23.**

MARFAN. — **Presse Médicale,** avril et mai 1923.

L'Hôpital, nov. et déc. 1922. **38 interviews de pédiatres français et étrangers.**

Année Médicale Pratique. Lian. 1924-1925-1926.

POMINI. — **Pensiero medico.** Mila. 17 sept. 1921.

JEANSELME et LEFEVRE. — **Progrès médical,** 12 déc. 1925.

LEVY-SOLAL. — **Gynec. et obst.** Juillet 1921.

LE LORIER et GALLIOT. — **Paris méd.,** 1926.

TIXIER. — **Revue méd. Franc.,** 1925.

TIXIER. — **Journal méd. Français,** mars 1923.

Congrès de Pédiatrie 1924.

Syphilis Traité de path. int. Sergent.

GIRON, BERTRON. — **Bull. Soc. obst. et gyn. Paris.**

PINARD. — **Monde médical,** 1923.

PINARD. — **Paris Médical,** mars 1921.

Imprimerie des Presses Modernes, 45 rue de Maubeuge - Paris

Ateliers à Troyes — Aube